DES

# LÉSIONS ACCIDENTELLES

DU

# PÉRITOINE

## DANS CERTAINES OPÉRATIONS CHIRURGICALES

DISSERTATION INAUGURALE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EUGÈNE AMOS

de Wasselonne (Alsace)

STRASBOURG

TYPOGRAPHIE DE G. FISCHBACH

1875

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.

*Strassburg, im Juli 1875.*

Referent: Prof. Lücke.

A M. LE PROFESSEUR Dr LÜCKE.

Hommage respectueux.

Eugène Amos.

A MES PARENTS.

# DES LÉSIONS ACCIDENTELLES DU PÉRITOINE

## DANS CERTAINES OPÉRATIONS CHIRURGICALES

## INTRODUCTION.

Dans le cours de nos études à l'Université de Strasbourg, nous avons eu l'occasion de voir un nombre assez considérable de malades atteints de tumeurs carcinomateuses du rectum et du col de l'utérus. Chez les uns, l'intervention chirurgicale avait été rendue impossible, soit à cause de l'étendue considérable de la tumeur, soit à cause du refus, très-rare, du reste, qu'ils opposaient à l'opération qui leur était proposée. Chez d'autres, au contraire, l'ablation de la tumeur a été faite, le plus souvent avec succès, et nous avons eu le bonheur d'assister à un certain nombre de ces opérations.

Chaque fois que le diagnostic de tumeur carcinomateuse était établi, il se présentait, avant que l'on se décidât pour l'intervention chirurgicale, une question importante et toute spéciale à la région dont nous nous occupons : La tumeur remonte-t-elle assez haut pour atteindre le péritoine, ou reste-t-elle limitée en deçà de la séreuse? En effet, en formant le repli de Douglas, cette membrane affecte avec le rectum et l'utérus des

rapports intimes, qui doivent nécessairement être pris en considération, toutes les fois surtout que la tumeur siége à la paroi antérieure du rectum ou à la lèvre postérieure du col de l'utérus. Aussi, abstraction faite de toutes les autres circonstances qui pouvaient faire rejeter l'opération, toutes les fois qu'un de ces malades se présentait, l'un des points sur lequel était tout d'abord dirigé l'examen, était la connaissance de l'étendue de la tumeur vers les parties qui se trouvent en connexion avec le péritoine.

La tumeur remontait-elle assez haut dans le rectum pour que le doigt introduit dans l'intestin n'en pût pas atteindre l'extrémité supérieure, ou bien, au lieu de rester limitée à la portion vaginale du col de la matrice, s'était-elle étendue aux parois du vagin, il fallait se demander si l'on devait opérer ou si l'on devait suivre le précepte de Lisfranc. Ce chirurgien conseille, en effet, de s'abstenir dans ces conditions, en se fondant sur l'impossibilité dans laquelle on se trouverait de procéder à l'extirpation de la tumeur sans ouvrir le péritoine et blesser les organes voisins. Mais nous avons eu l'occasion d'assister à des opérations dans lesquelles les conditions, après un examen approfondi du malade, étaient loin de paraître défavorables. Le chirurgien, tout en rendant attentif à la possibilité d'une lésion du péritoine dans le cours de l'opération, avait cependant tout lieu d'espérer que cet accident ne viendrait pas compliquer une plaie déjà dangereuse par elle-même.

Or, malgré toutes les précautions prises pour éviter la membrane, nous avons vu des cas où, après l'opération, on a dû constater avec assez d'étonnement qu'une portion plus ou moins considérable du péritoine adhé-

rait à la tumeur, et que les intestins faisaient hernie dans l'ouverture involontairement pratiquée dans la séreuse par le chirurgien.

En même temps, à peu près, que nous eûmes l'occasion d'observer cet accident à la clinique de M. le professeur Lücke, chez un malade opéré du carcinome rectal, il y avait dans les salles du service de M. le professeur Bœckel deux malades auxquelles on avait extirpé des tumeurs carcinomateuses du col de l'utérus, et chez lesquelles le même accident s'était produit.

Cette coïncidence suffisait pour nous démontrer la fréquence de ces lésions involontaires du péritoine, et il nous a paru intéressant de rechercher quelles en étaient les causes et les conséquences, et d'en faire le sujet de notre thèse. Qu'il nous soit permis, ici, d'exprimer nos sincères remercîments à M. le professeur Lücke, qui a bien voulu nous diriger dans notre travail, ainsi qu'à M. le professeur Bœckel, qui a eu la complaisance de mettre à notre disposition les intéressantes observations recueillies à son service.

Dans une première partie de notre travail, nous rappellerons l'anatomie de la région qui nous occupe, ainsi que les recherches que nous avons faites sur le cadavre pour déterminer les rapports du rectum chez l'homme, du rectum, de l'utérus et du vagin chez la femme, avec le péritoine, au niveau du repli de Douglas. Dans une seconde partie, nous rapporterons les observations qui nous ont fourni le sujet de notre thèse, et nous examinerons les rapports qui existent entre les données anatomiques et ces observations, au point de vue des lésions du péritoine, de leur fréquence et de leurs conséquences.

# PREMIÈRE PARTIE.

—

## Anatomie.

Nous n'avons pas l'intention de rappeler en détail la disposition anatomique de toutes les parties qui se rencontrent dans les régions périnéales et pelviennes, muscles, nerfs, artères, etc., et qui peuvent, en général, intéresser le chirurgien dans toutes les opérations du carcinome du rectum et de la portion vaginale du col de l'utérus. Notre attention se portera principalement sur les rapports du péritoine, dans le repli de Douglas, avec les organes voisins, chez l'homme et chez la femme.

Le rectum, qui commence au niveau de l'articulation sacro-vertébrale et se termine à l'anus, a une longueur de 25 centimètres environ ; il suit la courbure du sacrum, et se porte d'abord un peu à gauche, puis à droite ; arrivé à une distance de 4 à 5 centimètres de sa terminaison, il vient se placer sur la ligne médiane, qu'il suit jusqu'à l'anus. En même temps, il offre deux courbures dans le sens antéro-postérieur : une première à concavité antérieure, peu prononcée, étendue depuis son origine jusqu'au point où il cesse d'être recouvert par le péritoine, et une deuxième, beaucoup plus mar-

quée, à concavité dirigée en arrière, commençant au point où finit la première et se terminant à l'anus. Cette dernière concavité regarde le coccyx, et son point culminant se trouve au niveau de la prostate chez l'homme, et du cul-de-sac vaginal postérieur chez la femme.

Chez l'homme, on reconnaît généralement trois portions au rectum : l'inférieure, comprise entre l'anus et la prostate; la moyenne, comprise entre la prostate et le péritoine, et la supérieure, qui s'étend depuis le fond du cul-de-sac de la séreuse jusqu'à l'angle sacro-vertébral. Les rapports les plus importants de la première portion sont ceux qu'elle affecte en avant avec l'urètre; tandis qu'au niveau des téguments elle est éloignée de ce canal d'une distance de plusieurs centimètres, elle n'en est séparée, au niveau de la prostate, que par cet organe même. Sur les côtés elle est en rapport avec les fosses ischio-rectales, et en arrière avec du tissu cellulaire qui la sépare de la pointe du coccyx; elle mesure 3 centimètres de longueur.

La deuxième portion, longue de 8 centimètres, d'après Richet, se trouve plongée latéralement et en arrière au milieu d'un tissu cellulaire lamelleux, à mailles larges, lâche, et rarement chargé de graisse; en avant elle est en rapport, en bas avec la face postérieure de la prostate, en haut avec l'appareil séminal et la face postérieure de la vessie; elle est séparée de ces différents organes par l'aponévrose prostato-péritonéale et par une couche de tissu cellulaire assez dense, au milieu de laquelle sont plongées les vésicules séminales; celles-ci, d'abord intermédiaires entre le rectum et la vessie, s'écartent bientôt l'une de l'autre, de façon à laisser entre elles un espace dans lequel le rectum et la vessie sont

en contact. La troisième portion, sus-péritonéale, est de beaucoup la plus longue: elle mesure 14 à 15 centimètres; elle est enveloppée par le péritoine, qui tantôt l'applique contre la face antérieure du sacrum, tantôt lui forme le méso-rectum. Cette portion est en rapport, en avant, avec la vessie, dont elle est séparée par les circonvolutions intestinales. En quittant le rectum pour se jeter sur la vessie, le péritoine forme le cul-de-sac recto-vésical; à ce niveau il est uni au rectum par un tissu cellulaire assez lâche, tandis qu'un tissu dense le réunit intimement à la paroi postérieure de la vessie.

Il résulte de ce qui précède que dans toute sa longueur le rectum est enveloppé par du tissu cellulaire peu dense, destiné, sans doute, à en faciliter les mouvements et l'ampliation; néanmoins ce tissu devient plus serré au niveau du bas-fond de la vessie, et ne permet plus que des déplacements limités, variables suivant les individus.

D'un autre côté, si l'on considère les chiffres que nous venons de donner, la longueur de la partie du rectum non recouverte par le péritoine serait de 11 à 12 centimètres. Mais remarquons de suite que si ces chiffres donnent la longueur réelle du rectum préparé et détaché de ses connexions, il faudrait se garder, comme nous le verrons plus loin, d'en conclure qu'ils expriment la hauteur à laquelle on pourrait pénétrer dans l'intestin avant d'atteindre le péritoine.

Chez la femme, les rapports du rectum sont, en arrière et sur les côtés, les mêmes que chez l'homme; mais en avant ils sont complétement différents. On lui reconnaît deux portions : l'une inférieure, non recouverte par le péritoine; l'autre supérieure, recouverte par

la séreuse. La première portion, étendue de l'anus au cul-de-sac péritonéal, très-peu curviligne, monte presque directement à l'encontre de l'utérus. Elle est séparée de la paroi postérieure du vagin par une couche de tissus, épaisse inférieurement de plusieurs centimètres, et qui va en s'amincissant de plus en plus, jusqu'à ce que les deux parois, rectale et vaginale, se touchent et n'en forment plus qu'une, désignée sous le nom de recto-vaginale; cependant il existe entre elles un tissu cellulaire lâche qui assure leur indépendance. La deuxième portion s'étend du cul-de-sac péritonéal à l'angle sacro-vertébral, et se trouve en rapport, d'abord avec une partie de la paroi postérieure du vagin, puis avec le cul-de-sac vaginal postérieur et avec les anses intestinales, qui se trouvent dans le cul-de-sac recto-vaginal du péritoine.

Après avoir formé le cul-de-sac recto-vaginal, le péritoine remonte sur la face postérieure de l'utérus, descend sur sa face antérieure, et forme, en remontant sur la face postérieure de la vessie, le cul-de-sac utéro-vésical.

Nous devons nous arrêter un instant sur les rapports qu'affecte le péritoine avec les organes génitaux de la femme. En quittant le rectum pour se jeter sur la paroi vaginale postérieure, cette membrane n'est séparée de la cavité vaginale que par l'épaisseur peu considérable de cette paroi même. On s'explique ainsi la facilité avec laquelle les collections purulentes qui se trouvent dans la cavité péritonéale s'ouvrent un passage au dehors à travers cette paroi. En outre, comme nous le verrons plus tard, le fond du cul-de-sac recto-vaginal est loin d'être toujours à la même hauteur chez les différents

sujets : tandis que, chez les uns, il se trouve au niveau de l'extrémité inférieure du col, on le rencontre, chez d'autres, 3 centimètres plus bas. Il en résulte que la longueur de la paroi vaginale tapissée par le péritoine est très-variable, d'autant plus encore que chez les femmes qui ont eu des enfants, les culs-de-sac vaginaux ont diminué de profondeur par suite de l'épaississement de la muqueuse vaginale et du tissu cellulaire sous-muqueux, et souvent à tel point que la réflexion du vagin sur le col de l'utérus semble se faire au niveau des lèvres du col. Dans le repli vésico-utérin, le péritoine s'arrête sur la face antérieure de l'utérus, à une distance moyenne de 3 centimètres au-dessus de l'insertion de la paroi vaginale antérieure sur le col de l'utérus.

D'après ce qui précède, nous voyons que si chez l'homme le péritoine ne peut être atteint que du côté du rectum, chez la femme, au contraire, on peut avec la même facilité l'atteindre, et du côté du rectum, et du côté du vagin. On a donc considéré, avec raison, comme très-importante, la question de savoir, aussi exactement que possible, jusqu'où descend le péritoine sur le rectum et sur la paroi vaginale postérieure, à cause des opérations que le chirurgien est appelé à pratiquer dans ces régions; celles du carcinome sont, parmi elles, de beaucoup les plus fréquentes.

Lisfranc, qui le premier pratiqua l'extirpation de la portion inférieure du rectum carcinomateux, chercha tout d'abord à justifier son opération par ses recherches anatomiques, en démontrant qu'elle pouvait s'exécuter sans lésion du péritoine. Il fit, dans ce but, de nombreuses mensurations, et crut pouvoir affirmer que la

portion du rectum non recouverte par le péritoine mesurait, depuis l'anus jusqu'au fond du repli de Douglas, une longueur de 162 millimètres chez la femme, et de 108 millimètres chez l'homme.

En renouvelant ces recherches, Blandin trouva que cette longueur n'était que de 41 millimètres chez la femme, et de 81 millimètres chez l'homme.

Une différence de chiffres aussi considérable, proclamée par ces deux anatomistes, provoqua de nouvelles recherches. Tandis que Malgaigne adoptait les chiffres de Lisfranc, Velpeau, au contraire, se rapprochait de l'opinion de Blandin, en admettant que la longueur moyenne était de 2 à 3 pouces.

Voici les chiffres donnés plus tard par Vidal et Bouchut :

| | | |
|---|---|---|
| Homme de | 20 ans. | 74 millimètres. |
| — | 26 — | 57 — |
| — | 27 — | 74 — |
| — | 45 — | 68 — |
| Femme de | 70 — | 30 — |
| Femme très-grasse | | 27 — |
| Femme maigre | | 27 — |

En faisant la moyenne de ces chiffres, on obtient 68 millimètres pour l'homme, et 28 millimètres pour la femme.

Legendre, sur trois sujets congelés, trouva 6, 7, 8 centimètres. Enfin, Richet trouva que la distance chez l'homme était de 12 centimètres en moyenne, et chez la femme 9, 10, 11 centimètres, suivant les sujets.

Nous voyons que chez l'homme les dimensions moyennes données par ces différents auteurs varient entre 6 et 12 centimètres; chez la femme, entre 16 centimètres

et 28 millimètres. Comment expliquer de pareils résultats? Il faut admettre, ou bien que ces anatomistes ont établi leurs moyennes d'après un nombre insuffisant de mensurations, ou bien que les différents procédés employés sont la cause de ces résultats tellement inégaux. En effet, comme le fait remarquer Bardeleben [1], on obtient des résultats divers, suivant que l'on introduit une sonde ou les doigts dans le rectum, et qu'on détermine ainsi la hauteur du repli de Douglas, ou que l'on fait une coupe sur le même cadavre; trouve-t-on par la première méthode 3 centimètres, par exemple, on peut en trouver 4 ou 5 par la seconde.

Legendre prit ses mensurations sur des cadavres congelés; d'autres paraissent avoir mesuré la longueur réelle de la partie du rectum non recouverte par le péritoine, après l'avoir préparé et détaché de ses attaches, plutôt que la distance du fond du repli de Douglas à la marge de l'anus. Or, comme nous l'avons vu plus haut, le rectum subit différentes courbures antéro-postérieures et latérales; il est, de plus, uni aux organes voisins par un tissu cellulaire lâche qui lui permet de se plisser. Il est facile d'en conclure que ces dispositions doivent contribuer à diminuer, d'une façon notable, la longueur réelle du rectum. C'est ce qui résulte clairement des mensurations faites par Vidal et Bouchut, qui trouvaient entre autres, chez une vieille femme, que la distance du fond du cul-de-sac à l'anus était de 27 millimètres, tandis que sur la pièce disséquée la portion du rectum non recouverte par le péritoine était de 81 millimètres; c'est ce qui permet aussi de comprendre comment certains chirurgiens ont pu exciser un morceau considé-

[1] Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre.

rable du rectum sans atteindre le péritoine ; Ricord, par exemple, cite un cas de prolapsus du rectum où il excisa un morceau d'intestin mesurant 4 pouces 3 lignes.

Afin de fixer notre connaissance sur une question aussi importante, nous avons entrepris sur le cadavre une série de mensurations auxquelles nous nous sommes efforcé d'apporter la plus grande exactitude possible. Voici comment nous avons procédé :

L'abdomen ayant été ouvert, et tous les organes, ou du moins ceux qui sont contenus dans le bassin, se trouvant encore dans leur situation normale, nous faisions passer à travers le fond du repli de Douglas une pointe suffisamment large que nous fixions dans le sacrum ; puis nous introduisions dans l'anus une sonde dont nous placions l'extrémité sur la tige de la pointe, à l'endroit même où celle-ci traversait le péritoine. La longueur de la partie de la sonde engagée dans le rectum nous donnait la hauteur à laquelle se trouvait le repli de Douglas. Nous avons de cette façon pris les mesures sur 54 cadavres d'adultes, dont 35 hommes et 19 femmes. Espérant trouver, peut-être, une certaine corrélation entre ces différentes mesures, nous avons en même temps noté la taille, l'âge approximatif et la constitution de chaque individu. Voici les tableaux qui donnent les résultats de nos recherches :

HOMMES.

| Taille. | Age approximat. | Constitution. | Hauteur du péritoine. |
|---|---|---|---|
| 1$^{m}$,58 | 60 ans. | moyenne . . | 57 millim. |
| 1$^{m}$,64 | 25 » | maigre . . . | 70 » |
| 1$^{m}$,58 | 30 » | moyenne . . | 60 » |
| 1$^{m}$,74 | 70 » | maigre . . . | 65 » |
| 1$^{m}$,70 | 30 » | moyenne . . | 75 » |

| Taille. | Age approximat. | Constitution. | Hauteur du péritoine. |
|---|---|---|---|
| 1m,67 | 60 ans. | moyenne . . | 62 millim. |
| 1m,68 | 40 » | maigre . . . | 85 » |
| 1m,72 | 70 » | très-maigre . | 57 » |
| 1m,65 | 30 » | gras . . . . | 65 » |
| 1m,68 | 70 » | maigre . . . | 50 » |
| 1m,68 | 70 » | id. . . . | 52 » |
| 1m,62 | 50 » | id. . . . | 47 » |
| 1m,78 | 60 » | id. . . . | 87 » |
| 1m,64 | 50 » | moyenne . . | 100 » |
| 1m,80 | 50 » | id. . . . | 75 » |
| 1m,76 | 20 » | très-maigre . | 70 » |
| 1m,75 | 60 » | moyenne . . | 55 » |
| 1m,64 | 40 » | id. . . . | 68 » |
| 1m,72 | 40 » | maigre . . . | 85 » |
| 1m,75 | 50 » | gras . . . . | 70 » |
| 1m,72 | 30 » | id. . . . . | 50 » |
| 1m,76 | 70 » | moyenne . . | 62 » |
| 1m,82 | 60 » | id. . . . | 58 » |
| 1m,63 | 80 » | très-maigre . | 37 » |
| 1m,56 | 40 » | moyenne . . | 105 » |
| 1m,48 | 40 » | id. . . . | 40 » |
| 1m,74 | 60 » | maigre . . . | 59 » |
| 1m,67 | 20 » | très-maigre . | 62 » |
| 1m,70 | 50 » | id. . . | 47 » |
| 1m,63 | 30 » | moyenne . . | 60 » |
| 1m,70 | 60 » | id. . . . | 50 » |
| 1m,63 | 25 » | maigre . . . | 80 » |
| 1m,72 | 40 » | gras. . . . | 77 » |
| 1m,76 | 60 » | maigre . . . | 68 » |
| 1m,66 | 60 » | id. . . . | 65 » |

FEMMES.

| Taille. | Age approximat. | Constitution. | Hauteur du péritoine. |
|---|---|---|---|
| 1m,58 | 50 ans. | moyenne . . | 70 millim. |
| 1m,57 | 40 » | très-grasse . | 40 » |
| 1m,55 | 60 » | moyenne . . | 45 » |
| 1m,55 | 40 » | id. . . . | 50 » |
| 1m,52 | 70 » | maigre . . . | 25 » |
| 1m,58 | 30 » | moyenne . . | 35 » |
| 1m,67 | 25 » | très-maigre . | 45 » |
| 1m,60 | 60 » | id. . . | 35 » |
| 1m,57 | 30 » | id. . . | 60 » |
| 1m,60 | 60 » | très-grasse . | 30 » |
| 1m,55 | 50 » | très-maigre . | 28 » |
| 1m,68 | 60 » | moyenne . . | 65 » |
| 1m,54 | 20 » | maigre . . . | 50 » |
| 1m,60 | 70 » | id. . . . | 34 » |
| 1m,57 | 70 » | id. . . . | 60 » |
| 1m,54 | 20 » | moyenne . . | 38 » |
| 1m,62 | 60 » | grasse . . . | 55 » |
| 1m,58 | 30 » | moyenne . . | 70 » |
| 1m,60 | 50 » | maigre . . . | 40 » |

Si nous voulons établir une moyenne avec les chiffres que nous fournissent ces tableaux, nous trouvons que, chez l'homme, la distance moyenne de l'anus au fond du repli de Douglas est de 64 millimètres; chez la femme, de 46 millimètres. Ces chiffres, comme on le voit, se rapprochent bien plus de ceux de Blandin et de Velpeau que de ceux de Lisfranc et de Richet. Nous constatons, en outre, que la moyenne chez la femme est plus faible que chez l'homme, contrairement à l'opinion de Lisfranc et de Richet; le premier la portait, chez la femme, à 16 centimètres, et, chez l'homme, à 10 centimètres;

le second admettait une moyenne de 11 centimètres chez l'homme et chez la femme. Mais nous sommes obligé aussi de convenir que ces moyennes ne nous donnent pas de véritable résultat pratique, par suite de la différence considérable qui se trouve entre les chiffres extrêmes. Ainsi le chiffre le plus faible, chez les hommes, est de 37 millimètres, et le plus fort de 105 millimètres. Chez les femmes, les mesures varient entre 70 et 28 millimètres.

Mais au moins peut-on préjuger approximativement à quelle hauteur doit se trouver le péritoine chez tel ou tel individu, d'après la taille, l'âge, la constitution? Examinons cette question à l'aide des données de nos tableaux.

1° *La taille.* Chez les individus les plus grands, c'est-à-dire dépassant $1^m,70$, nous constatons une hauteur du péritoine dépassant généralement 70 millimètres. Néanmoins la règle est loin d'être absolue; nous trouvons, en effet, chez un individu mesurant $1^m,82$, le péritoine à une hauteur de 58 millimètres. Nous n'en pouvons conclure davantage que chez les individus plus petits, cette membrane se trouve plus bas. Nous voyons, en effet, que le chiffre le plus élevé, c'est-à-dire 105 millimètres, se trouve chez un individu mesurant $1^m,56$. La taille ne saurait donc fournir qu'un point de repère très-incertain.

2° *L'âge.* Les auteurs s'accordent à reconnaître que chez les enfants le péritoine descend beaucoup plus bas que chez les adultes, car il vient se mettre en rapport avec la prostate. Mais nous ne pouvons guère admettre, avec Richet, que le volume de la prostate, généralement plus considérable chez les vieillards que chez les

jeunes gens, augmente notablement, chez les premiers, l'épaisseur des parties situées entre le péritoine et la peau.

L'hypertrophie de cet organe porte, en effet, dans la plupart des cas, sur son épaisseur et non sur sa longueur, qui suit la direction de l'urètre ; on s'expliquerait donc difficilement comment la prostate pourrait refouler le péritoine avec lequel elle n'est presque jamais en contact. Du reste, si nous consultons nos chiffres, nous trouvons, par exemple, qu'à tel vieillard de quatre-vingts ans correspond le chiffre de 37 millimètres ; qu'à tel autre de soixante-dix ans, celui de 50 millimètres ; tandis que chez un jeune homme de vingt-cinq ans nous trouvons le chiffre de 70 millimètres.

3° *Constitution.* Richet, qui s'était proposé de rechercher la cause de la variation dans la hauteur du péritoine chez les différents sujets, crut l'avoir trouvée dans le développement plus ou moins considérable de la couche graisseuse sous-cutanée[1]. Nous ne pouvons pas partager son opinion. En effet, le tissu cellulaire sous-cutané, qui se charge facilement de quantités considérables de graisse dans toute la région fessière, devient très-dense au pourtour de l'anus, et n'en reçoit plus qu'une quantité de beaucoup inférieure à celle que l'on trouve dans le reste de la région. En outre, cette opinion, fût-elle vraiment justifiée dans un certain nombre de cas, ne saurait assurément être considérée comme une règle générale, ainsi que le démontrent les mensurations de Vidal et Bouchut, confirmées par les nôtres. Ces auteurs citent, entre autres, une vieille femme grasse, chez laquelle le péritoine ne se trouvait qu'à une

[1] Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale.

hauteur de 27 millimètres; nous en avons rencontré, de la même constitution, chez lesquelles il se trouvait à des hauteurs de 30 à 40 millimètres, c'est-à-dire au-dessous de la moyenne. De même, si chez telle femme maigre nous avons constaté le chiffre minimum de 28 millimètres, nous avons trouvé le péritoine à une hauteur de 50 millimètres chez telle autre.

En résumé, les considérations qui précèdent démontrent que l'examen de la taille, de l'âge et de la constitution ne saurait être d'une utilité notable dans le cas particulier. Nous sommes donc arrivé à un résultat qui est plutôt négatif. Toutefois, si nous cherchions à déterminer les causes des variations individuelles dans la hauteur du péritoine, nous croyons que, chez l'homme, la plus sûre se trouverait dans l'étendue plus ou moins considérable de l'espace compris entre le bord supérieur de la prostate et le repli du péritoine, et dans lequel la vessie se trouve en contact avec le rectum. L'examen de plusieurs pièces nous a démontré, en effet, que la longueur de cet espace varie beaucoup; sur l'une d'elles il mesurait 4 centimètres, tandis que sur une autre il présentait à peine une longueur de 1 centimètre. Vidal, avant nous, avait constaté, chez un individu, une longueur de 28 millimètres, tandis que chez un autre il avait trouvé le péritoine en contact avec le bord supérieur de la prostate. Cette distance, du reste, varie encore suivant l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie.

En même temps que nous avons déterminé la hauteur à laquelle on rencontre le péritoine sur le rectum, nous avons recherché, chez la femme, jusqu'où descendait cette membrane sur les parois du vagin. Or on

sait que la paroi antérieure du vagin est complétement libre du péritoine, et depuis les recherches de Jobert de Lamballe, les auteurs sont d'accord pour admettre qu'en avant, la distance comprise entre le point de réflexion de la muqueuse vaginale sur le col de la matrice et la réflexion du péritoine sur la face postérieure de la vessie mesure environ 3 centimètres de longueur. Dans le cul-de-sac utéro-vésical, le péritoine se trouve donc à une distance assez grande de l'instrument du chirurgien, pour que ce dernier n'ait pas à craindre de le léser, dans la plupart des cas. Mais il n'en est pas de même sur la paroi postérieure du vagin, tapissée par le péritoine sur une longueur assez considérable. C'est cette longueur que nous avons cherché à déterminer.

Comme nous l'avons vu plus haut, la profondeur des deux culs-de-sac vaginaux est excessivement variable ; tandis que le postérieur, chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, peut atteindre 2 à 3 centimètres de profondeur, on le trouve souvent complétement effacé chez celles qui en ont eu. Nous n'avons donc pas cru devoir mesurer la longueur absolue de la paroi vaginale postérieure tapissée par le péritoine ; mais, prenant l'extrémité du museau de tanche comme point de repère, nous avons simplement recherché dans quels rapports cette extrémité se trouvait avec le fond du cul-de-sac recto-vaginal. Voici comment nous avons procédé : L'abdomen ayant été ouvert, et tous les organes contenus dans le bassin se trouvant encore dans leur situation normale, nous faisions passer immédiatement au-dessous de l'extrémité inférieure du col une pointe à travers la paroi vaginale postérieure. Examinant alors, du côté de la cavité péritonéale, l'endroit où cette pointe y avait pénétré,

nous voyions facilement à quelle distance cet endroit se trouvait du fond du cul-de-sac. Or, sur 19 cadavres que nous avons examinés de la sorte, nous avons trouvé une variation allant de 3 à 25 millimètres. La moyenne était de 19 millimètres, et la pointe avait pénétré toutes les fois dans l'intérieur de la cavité.

Par conséquent, chez la femme, le chirurgien qui pratique l'extirpation du carcinome du rectum ne peut être sûr d'éviter le péritoine que s'il tient son instrument à une distance de 25 millimètres de l'extrémité inférieure du col.

Nous devons nous demander maintenant à quelle hauteur le péritoine quitte l'utérus pour se jeter sur la paroi vaginale.

L'insertion du vagin se fait à la réunion des deux tiers inférieurs du col de l'utérus avec le tiers supérieur. Si l'on admet donc une longueur moyenne de 27 millimètres pour le col, cette insertion se fera à 18 millimètres au-dessus de l'extrémité inférieure du museau de tanche. Toutefois il importe de savoir que cette insertion ne se fait pas linéairement, mais occupe une surface assez large; circonstance heureuse, qui permet, comme le fait remarquer Lisfranc, de remonter assez loin au delà du point où s'insère la muqueuse, sans léser le péritoine. Lisfranc porte à 10 lignes la longueur de la portion du col non recouverte par la séreuse. Velpeau dit que l'on peut remonter 12 millimètres au-dessus de l'insertion de la muqueuse sans rencontrer le péritoine, ce qui permettrait d'amputer sans danger une portion longue de 30 millimètres.

Ici se place une question assez intéressante. Quels sont les changements qui se produisent du côté des re-

plis péritonéaux dans les tractions opérées sur le col de l'utérus par le chirurgien qui veut en faire l'amputation? Legendre et Bastien firent, pour résoudre cette question, un certain nombre d'expériences, en exerçant sur l'utérus des tractions lentes à l'aide de poids. Ils trouvèrent ainsi qu'en amenant l'extrémité du col à l'entrée du vagin, le cul-de-sac recto-vaginal se déprimait de 6 centimètres. En même temps, par suite de l'allongement que subit le bassin utérin d'une part, du dépouillement du péritoine de l'autre, ils conclurent qu'on pouvait retrancher une longueur de 4 centimètres de l'utérus, sans intéresser la cavité péritonéale. Mais Richet, reprenant ces expériences, montrait que, si l'on obtenait ces résultats en exerçant des tractions pendant 24 à 36 heures, il ne faudrait pas s'attendre à les obtenir quand on abaisse l'utérus instantanément; car, en agissant de la sorte, il a constaté que les culs-de-sac antérieur et postérieur du péritoine ne descendaient que de 2 à 3 centimètres, et que le tissu utérin ne subissait aucun changement sensible.

# DEUXIÈME PARTIE.

—

## Quelques considérations sur la fréquence et les conséquences des lésions du péritoine.

### 1° DE LEUR FRÉQUENCE.

Lorsque nous considérons les données anatomiques qui précèdent, nous sommes tout d'abord frappé par l'incertitude dans laquelle le chirurgien se trouve toutes les fois qu'il veut opérer dans les régions qui nous occupent. En effet, l'importance des moyennes disparaît presque complétement devant le fait particulier, et le chirurgien qui s'y fierait aveuglément s'exposerait à de fréquents mécomptes. Et pourtant, quel autre guide peut-il avoir que ces moyennes? Jusqu'aujourd'hui on n'a jamais pu, sur le vivant, et au moyen du toucher rectal ou vaginal, sentir les anses intestinales ni les replis péritonéaux. D'un autre côté, si l'opérateur voulait se laisser détourner de l'intervention chirurgicale par la crainte de léser le péritoine, le nombre des opérations serait très-limité, tandis que celui des malheureux malades voués à une mort prochaine serait considérablement augmenté. Le chirurgien serait, en effet, obligé de renoncer à l'opération toutes les fois que, dans

le rectum, par exemple, la tumeur dépasserait la hauteur de 30 millimètres; car, à partir de ce niveau, il risquerait de rencontrer le péritoine chez tel ou tel individu, comme le prouvent nos mensurations. Aussi, depuis que Lisfranc publia ses observations sur l'extirpation du carcinome rectal, a-t-on osé s'avancer plus hardiment dans l'intérieur de l'intestin. Néanmoins il a fallu fixer certaines limites à l'opération. Se fondant sur ses recherches anatomiques, ce chirurgien, le premier, établit des règles qui introduisirent définitivement l'extirpation du carcinome rectal dans le domaine chirurgical. Ces règles furent suivies jusqu'à nos jours par la grande majorité des chirurgiens.

Il faut, dit Lisfranc[1], pour que l'extirpation du rectum carcinomateux soit possible : 1° que le doigt indicateur puisse dépasser le bord supérieur de la tumeur; 2° que la tumeur ne se soit pas étendue au delà des tuniques de l'intestin, de sorte que celui-ci soit encore mobile et se laisse attirer vers l'anus. Les tumeurs qui restent limitées au pourtour de l'anus, sans pénétrer dans le petit bassin, n'ont pas besoin de satisfaire à cette dernière condition.

Mais ces règles reposent sur des données anatomiques qui diffèrent notablement des nôtres. Tandis que Lisfranc admettait pour la hauteur du péritoine une moyenne de 16 centimètres chez la femme et de 10 centimètres chez l'homme, nous avons trouvé qu'elle n'était que de 46 millimètres chez la femme et de 64 millimètres chez l'homme. Si nos mensurations sont exactes, comme nous nous plaisons à le croire, nous pouvons en

[1] Mémoires de l'Académie de médecine, t. III.

conclure qu'en opérant suivant les règles de Lisfranc, le chirurgien a dû souvent se trouver avec son instrument à la hauteur du péritoine. Si cette membrane n'a pas été atteinte plus souvent, il faut attribuer cet heureux résultat au fait que l'opération n'était entreprise que dans les cas où la tumeur était encore complétement mobile et qu'elle se laissait facilement séparer du péritoine, avec lequel elle devait se trouver en contact. En second lieu, cette mobilité qu'exige Lisfranc est une condition qui ne laisse pas d'être un peu vague et assez difficile à observer. En effet, à moins que la tumeur soit un peu considérable et qu'elle ait envahi des parties telles que le périoste, il doit souvent être difficile de dire si elle jouit d'une mobilité complète. D'abord, la laxité du tissu cellulaire qui entoure le rectum est très-variable; en outre, il peut se faire que la tumeur ait envahi la vessie, la prostate ou le péritoine, sur une surface assez petite pour n'offrir qu'un obstacle peu sensible au chirurgien qui attire la tumeur vers lui. Il est même facile de concevoir que sous l'influence d'une traction, toujours empreinte d'une certaine violence, de petites portions du péritoine ou de la vessie, atteintes par la tumeur, puissent se laisser arracher. Enfin, comme Roux le faisait remarquer dans ses leçons, il arrive quelquefois que, dans la détermination des limites du mal, on se trompe. En voici la raison : Le rectum envahi par le carcinome se plisse sous les efforts de la défécation et reste ensuite dans cet état de plissement, de manière qu'en l'examinant avec le doigt, sur le vivant, on croirait que le carcinome ne s'étend pas au delà de 2 à 3 centimètres, et, vu sur le cadavre, en déplissant le

rectum, on trouve la tumeur remontée jusqu'auprès du péritoine.

Ces différentes considérations nous ont amené à penser que la littérature devait renfermer les observations d'un nombre assez considérable d'opérations dans lesquelles le sac péritonéal aurait été ouvert. Mais nous avons dû constater, avec assez d'étonnement, qu'elle n'en renfermait qu'un nombre très-restreint. Pourrions-nous en conclure que le péritoine n'a presque jamais été ouvert? Nous ne le croyons pas, et il n'est peut-être pas trop hasardé de supposer que l'issue fatale qui a dû en être souvent la conséquence soit cause en partie de la pauvreté de la littérature. Du reste, on conçoit parfaitement que dans un certain nombre de cas où il s'est déclaré une péritonite consécutive à l'opération, il ait pu se trouver dans le péritoine une ouverture assez petite pour empêcher les anses intestinales de faire hernie et pour échapper complétement aux yeux de l'opérateur. D'autre part, un certain nombre de morts consécutives à l'opération peuvent être sûrement attribuées à une inflammation du péritoine par propagation, dans des cas où la tumeur, sans avoir envahi la séreuse, s'en était cependant rapprochée au point qu'après l'extirpation cette membrane se trouvait mise à nu.

Les seuls cas que nous ayons trouvés mentionnés dans la littérature, et dans lesquels le péritoine a été ouvert dans le repli de Douglas, sont les suivants : Le professeur Schuh, de Vienne, raconte qu'il lui est arrivé deux fois d'ouvrir le péritoine en pratiquant l'extirpation du carcinome du rectum, et que les deux malades ont guéri. — Vidal de Cassis vit, au mois de mai 1841, le cadavre d'un homme mort douze heures après l'opération, sur

lequel il trouva une ouverture du péritoine laissant passer trois doigts. — Chassaignac rapporte un fait communiqué à la Société de chirurgie par M. le Dr Adolphe Richard, duquel il résulte qu'un malade opéré du carcinome du rectum, et chez lequel le péritoine avait été ouvert involontairement pendant l'opération, n'a point succombé aux suites de cette lésion si grave. — Il est probable qu'on pourrait encore ranger ici le cas qui s'est présenté à un célèbre chirurgien français pendant un voyage. Le jour de son départ, il extirpa un rectum cancéreux, mais il était à peine monté en voiture, que le malade vint à mourir. — Nous dirons la même chose d'un cas rapporté par Simon dans la *Deutsche Klinik:* La tumeur siégeait à 3 centimètres au-dessus de l'ouverture anale, et avait une largeur de 6 centimètres. Le malade mourut de péritonite à la suite de l'opération. L'autopsie n'a pas pu être faite; mais Simon croit que le péritoine n'a pas été lésé, car il n'a pas trouvé de traces de la séreuse sur la partie excisée. Cependant, si nous considérons la hauteur à laquelle se trouvait l'extrémité supérieure de la tumeur, nous ne pouvons presque pas nous empêcher d'attribuer à une lésion du péritoine, peut-être très-légère, la mort qui a suivi l'opération; car on conçoit facilement qu'une ouverture de la séreuse, assez étroite pour empêcher les anses intestinales de faire hernie, ait pu se produire, et que la portion excisée du péritoine ait été assez petite pour n'avoir pu être retrouvée sur la tumeur.

Enfin, au moment même où nous observions notre cas à la clinique de Strasbourg, le Dr Kounski, de Varsovie, publiait dans la *Denkschrift der Warschauer ärztl. Gesellsch.* l'observation d'une femme de 28 ans,

souffrant depuis plusieurs mois d'un rétrécissement rectal qui, dans les dernières semaines, avait rendu la défécation tout à fait impossible. Il pratiqua l'opération suivant la méthode de Lisfranc; mais comme il ne put extirper entièrement la tumeur, il y eut une récidive au bout de quelques semaines, et les mêmes symptômes antérieurs reparurent. Il fait remarquer qu'il avait ouvert involontairement le péritoine dans le repli de Douglas, qu'il l'avait refermé avec cinq points de suture, et que la plaie avait guéri sans que la malade courût de danger.

Nous n'avons malheureusement pas été à même de nous procurer les observations de ces quelques malades, de sorte que nous ne pouvons pas savoir dans quelles conditions se sont produites ces lésions du péritoine. Nous allons rapporter maintenant l'observation du cas qui s'est présenté à la clinique de M. le professeur Lücke :

OBSERVATION I.

« George Bernard, de Schwindratzheim, en Alsace, âgé de 66 ans, raconte que ses parents sont morts dans un âge très-avancé, mais il ignore de quelle maladie. Lui-même s'est toujours très-bien porté jusque dans ces deux dernières années. Depuis cette époque il a éprouvé de fréquents besoins d'aller à la selle ; mais ses évacuations étaient chaque fois très-peu abondantes; plus tard il a remarqué que ses selles contenaient de grandes quantités de sang; jamais il n'a ressenti de douleurs. Ces envies d'aller à la selle devinrent de plus en plus fréquentes, de sorte que dans ces derniers temps il avait jusque 15 à 20 garde-robes par jour; celles-ci étaient

très-liquides et teintes en rouge par le sang qu'elles contenaient.

« A l'examen du malade, on trouve à peu près à 2 centimètres au-dessus de l'ouverture anale une tumeur circulaire paraissant haute de 5 à 6 centimètres. Le doigt en atteint facilement le bord supérieur ; elle est légèrement bosselée ; ses bords ne sont pas tout à fait réguliers, et son développement le plus considérable se trouve sur le côté gauche. Les bords de la tumeur s'élèvent à peu près à 1 centimètre au-dessus du niveau de la muqueuse, pour s'abaisser progressivement jusque vers le milieu du néoplasme, où se trouve une large ulcération circulaire.

« La tumeur est mobile et ne présente nulle part des adhérences sensibles avec les organes voisins. On porte le diagnostic de carcinome du rectum et on en décide l'extirpation.

« Le malade, entré à l'hôpital le 26 mai 1874, est d'une taille moyenne et d'une constitution affaiblie. Depuis le commencement de son affection il a maigri considérablement, de sorte qu'aujourd'hui le tissu adipeux a presque complétement disparu. Il se plaint depuis hier de violentes douleurs coliquatives ; il a eu environ 25 selles, composées de sang et d'une faible quantité de matières fécales ; la palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse.

« 5 *juin*. — Le malade a pris hier un purgatif qui lui a procuré 4 selles pendant la nuit. Ce matin on lui donne un lavement et on va procéder à l'extirpation.

« Le malade ayant été endormi à l'aide du chloroforme, on divise le sphincter anal en arrière sur la ligne médiane. Avec le bistouri on sépare ensuite la portion

du rectum située au-dessus du sphincter, des parties voisines, et on arrive ainsi jusqu'au-dessus de la tumeur; celle-ci est alors complétement détachée avec l'anse galvano-caustique.

« Aussitôt que la tumeur est éloignée, on aperçoit dans le rectum une anse intestinale faisant hernie dans la plaie à travers une ouverture du péritoine. Celle-ci siége en avant et sur le côté et présente la grandeur d'une pièce de 2 thalers à peu près. On replace immédiatement l'intestin hernié, on lave la plaie avec beaucoup de soin et on ferme l'ouverture à l'aide de 3 points de suture faites avec du catgut.

« A l'examen de la tumeur, on trouve sur sa face antérieure la portion du péritoine qui a été enlevée, et on reconnaît que la tumeur dépassait de près de 2 centimètres la partie inférieure du péritoine.

« Après l'opération, on fait des lotions froides sur le ventre du malade et on lave la plaie avec de l'eau phéniquée.

« Le soir, temp. 37°,8; pouls 136; resp. 32.

« 6 *juin*. — Le malade se trouve bien; il n'a pas eu de selles; pas de douleurs abdominales; pas de ballonnement; l'appétit est faible, la langue un peu chargée; on continue les lotions et les lavages antiseptiques de la plaie; le pouls est faible.

« Matin: temp. 38°; p. 108; resp. 32.

« Soir: temp. 38°,5; p. 120; resp. 26.

« 7 *juin*. — Même état qu'hier; pas de douleurs; l'appétit un peu meilleur; pas de selle. Le malade urine sans aucune difficulté.

« Soir: temp. 37°,8; p. 96; resp. 22.

« 8 *juin*. — Pendant la nuit dernière, le malade a

ressenti quelques douleurs tiraillantes dans l'abdomen ; celui-ci n'est pas gonflé et ne présente nulle part de sensibilité particulière.

« Soir : temp. 37°,7 ; p. 84 ; resp. 20.

« 10 *juin*. — Aujourd'hui l'abdomen est légèrement ballonné, mais il n'est pas douloureux. Les selles sont régulières ; le pouls est bon. Temp. 37°,8 ; p. 92.

« 15 *juin*. — L'état du malade est de jour en jour plus satisfaisant. Un commencement de décubitus, qu'on avait remarqué il y a quelques jours, est en voie de guérison. Le malade a bonne mine ; l'appétit est bon, les selles régulières. Les escarres produites par l'anse galvano-caustique commencent à s'éliminer. On voit distinctement, dans le rectum, les parois de la vessie.

« Soir : temp. 37°,2 ; p. 88.

« 17 *juin*. — Beaucoup de tissus mortifiés s'éliminent par l'anus. Depuis deux jours le malade se plaint d'une forte diarrhée. On lui prescrit : Tinct. opii croc. 10 gouttes.

« Soir : temp. 39° ; p. 100.

« 21 *juin*. — Le malade se plaint d'une grande faiblesse ; selles très-liquides et verdâtres. Temp. 38° ; p. 94.

« 27 *juin*. — Depuis trois jours le malade n'a plus uriné. Dans la vessie il ne se trouve qu'une faible quantité d'urine jaune, acide, sans albumine. Depuis quelques jours le malade se trouve de nouveau plus fort ; il sent quand le besoin d'aller à la selle le presse, et se lève pour y satisfaire. Cependant il s'écoule constamment par le rectum un liquide acide, qui doit être de l'urine.

« 1^er^ *juillet*. — Aujourd'hui le malade a évacué par les voies naturelles une quantité d'urine assez considérable.

« 2 *juillet*. — Toute l'urine sort de nouveau par le rectum.

« 4 *juillet*. — Érysipèle du scrotum. On prescrit des frictions avec un mélange de parties égales d'huile d'olive et de térébenthine. Temp., soir, 40°; p. 114.

« 9 *juillet*. — Le décubitus et l'érysipèle ont complétement disparu; le malade sent parfaitement chaque fois qu'il a besoin d'aller à la selle; dans les intervalles, l'urine continue à s'écouler par le rectum. On pratique le toucher rectal, et on constate à 2 1/2 centimètres au-dessus de l'anus une ouverture dans la paroi postérieure de la vessie; on ne sent pas de restes de la tumeur.

« 27 *juillet*. — Depuis hier le malade évacue de nouveau un peu d'urine par l'urètre. Son état général est bon; la fistule vésicale paraît diminuée.

« 3 *août*. — Le malade se trouve bien. On cautérise les bords de la fistule vésico-rectale sans endormir le malade; les douleurs sont faibles.

« 7 *août*. — On cautérise de nouveau la fistule, et on place dans la vessie une sonde, par laquelle s'écoule presque toute l'urine.

« 16 *août*. — Le malade a repris des forces; il trouve son état très-satisfaisant; il peut évacuer, par intervalles, une certaine quantité d'urine par l'urètre; les selles sont régulières.

« 20 *août*.—On avive les bords de la fistule et on les réunit avec trois points de suture à l'aide de fils d'argent.

« 22 *août*. — L'urine continue à passer par la fistule; l'un des fils d'argent a coupé les bords, et tombe.

« 25 *août*. — Les deux autres fils tombent aussi et la fistule persiste. De temps en temps il sort un peu d'urine par l'urètre. L'état du malade est bon.

« 15 *septembre*. — Le malade, désirant rejoindre sa famille, quitte l'hôpital aujourd'hui. La fistule est devenue plus petite, mais la majeure partie de l'urine sort encore par le rectum. »

Si nous analysons notre observation, nous voyons que les conditions exigées pour l'extirpation du carcinome rectal étaient parfaitement remplies : le doigt pouvait atteindre facilement le bord supérieur de la tumeur, et celle-ci était tout à fait mobile. Néanmoins le péritoine a été atteint fortement, et on a constaté que cette membrane se trouvait à 2 centimètres au-dessous du bord supérieur de la tumeur, c'est-à-dire à 5 centimètres à peu près de l'anus; car nous avons vu plus haut que la tumeur remontait à 7 centimètres dans l'intérieur du rectum. Remarquons aussi que la plaie du péritoine a guéri très-facilement, sans occasionner, pour ainsi dire, de trace de péritonite. Quant à la fistule recto-vésicale, qui s'est établie plus tard, il faut croire que la tumeur s'était tellement rapprochée de la paroi postérieure de la vessie, en un certain endroit, qu'après l'extirpation cette paroi s'est mortifiée à ce niveau, et a donné lieu à la formation de la fistule.

Si nous examinons maintenant les dispositions que présente le péritoine sur l'utérus et sur le vagin, nous voyons que le chirurgien, en se proposant d'amputer le col, se trouve souvent dans la même incertitude au sujet de la séreuse abdominale que lorsqu'il veut extirper le carcinome du rectum. L'incertitude résulte ici des grandes différences que présente la longueur du col dans ses portions sus- et sous-vaginales. Déjà plus haut nous avons vu que la portion sous-vaginale pouvait mesurer

2 centimètres de longueur chez certaines femmes qui n'ont pas eu d'enfants, tandis qu'on la trouvait complétement effacée chez certaines autres qui en ont eu plusieurs.

En outre, le col carcinomateux ne conserve presque jamais son volume normal; tantôt il est notablement augmenté; tantôt, au contraire, on le trouve diminué, et comme rongé par le mal. Ajoutons à ces causes d'erreur, la difficulté qu'éprouve souvent le chirurgien de reconnaître les limites supérieures du mal, la rapidité avec laquelle le carcinome s'étend au delà du col pour gagner les parois du vagin, et l'on concevra facilement que dans cette opération encore il a dû arriver fréquemment au chirurgien d'ouvrir involontairement le péritoine.

Les cas consignés dans la littérature dans lesquels cet accident s'est produit sont assez rares. Cependant Lisfranc raconte que dans ses nombreuses amputations du col de la matrice, il lui est arrivé plusieurs fois de léser le péritoine. Mayer, en opérant, avec les ciseaux de Siebold, une femme avec récidive de tumeur, lésa le péritoine, en 1847, mais sans accident; plus tard, quand on fit l'autopsie, on trouva l'utérus soudé au rectum. Il est arrivé à Breslau, à deux reprises différentes, de saisir, avec la chaîne de l'écraseur, les parties voisines de la tumeur. Une fois il écrasa une portion de la paroi vaginale antérieure, et vit après l'opération une anse intestinale tomber dans le vagin; une autre fois il enleva seulement la paroi vaginale et mit la face postérieure de la vessie à nu; mais le péritoine ne fut pas lésé. La cicatrisation s'opéra dans un court espace de temps. Langenbeck, opérant avec l'écraseur une récidive de

carcinome, lésa le péritoine et la vessie; la femme mourut. Crédé dit qu'il lui est arrivé, comme à Breslau, d'ouvrir la séreuse en extirpant le col carcinomateux; il ajoute que ces lésions ne lui paraissent pas si graves, comme on pourrait le croire *a priori*. Chassaignac cite un cas où le Dr Robert ouvrit le cul-de-sac recto-vaginal. Enfin, Biefel rapporte un cas opéré avec l'écraseur; la femme mourut trois jours après l'extirpation, et à l'autopsie on trouva une perforation de la vessie et du péritoine.

Tous ces chirurgiens se contentent de citer les faits tels que nous les avons rapportés, sans en faire connaître l'histoire. Nous n'avons donc pu savoir dans quelles circonstances ces lésions ont été faites, ni, souvent, quelles en ont été les conséquences.

A côté de ces quelques cas, où le péritoine a été ouvert dans l'amputation du col de la matrice, nous pouvons rappeler, en peu de mots, un certain nombre de faits mentionnés dans la littérature, où la séreuse abdominale a été ouverte dans l'extirpation de la matrice: Sauter, en voulant un jour énucléer l'utérus, n'y parvint pas, et se vit obligé, dans cette position embarrassante, d'extirper l'utérus avec son revêtement péritonéal; la plaie se cicatrisa. Breslau raconte l'histoire d'une accouchée à laquelle un médecin avait arraché l'utérus avec ses annexes, pensant arracher un reste de placenta. Malgré cette horrible mutilation, la femme guérit. Velpeau, chez une femme de vingt-quatre ans, opéra une inversion incomplète de l'utérus. Il saisit la tumeur avec la pince-érigne, et, en la détachant avec le couteau courbe, il ouvrit le péritoine. La malade se trouva en danger pendant trois jours; elle eut des dou-

leurs abdominales, des syncopes, mais guérit au bout de quatre semaines. Déroubaix, dans un cas semblable, employa la ligature; la tumeur tomba le douzième jour, et la malade mourut de péritonite le vingtième jour; la cavité abdominale était ouverte. Une autre femme, opérée par Wolff avec le scalpel, mourut de péritonite le troisième jour. Enfin, Günther a réuni 41 cas dans lesquels la matrice carcinomateuse fut extirpée; trois fois le péritoine fut ménagé, et deux malades guérirent. Les autres fois, la cavité péritonéale fut ouverte, et toutes les malades moururent, à quelques rares exceptions près.

Voici maintenant deux observations recueillies au service de M. le professeur Bœckel :

OBSERVATION II.

« Catherine Meyer, de Kirrwiller, âgée de quarante ans, entre au service de chirurgie, salle 34, le 25 mai 1873.

« C'est une femme d'une bonne constitution, à teint coloré, sans trace de cachexie, mariée et mère de cinq enfants, dont le premier a dix-huit ans, et le plus jeune six mois. De plus, elle a fait trois fausses couches.

« Elle entre à l'hôpital pour des métrorrhagies intenses, qui ont commencé il y a trois mois et ont continué à peu près sans interruption avec des exacerbations aux époques menstruelles. Peu de douleurs, sauf quelques élancements dans la région sacrée.

« A l'examen de la malade, on constate que les ganglions de l'aine sont légèrement engorgés; la pression

de l'abdomen n'est pas douloureuse et ne révèle aucune tumeur.

« Au toucher, le col se présente comme un large chou-fleur, légèrement excavé au centre, saignant au moindre contact et entouré de bosselures dures. Le doigt peut remonter circulairement au-dessus de cette tumeur, et constater qu'il reste une portion saine du col. Enfin, en combinant le toucher avec la palpation abdominale, on parvient à ballotter le corps de la matrice, qui paraît de volume normal, sans indice d'altération.

« En résumé, la dégénérescence, manifestement cancroïdale, paraît limitée à la partie vaginale du col, et susceptible d'être extirpée radicalement.

« M. le professeur Bœckel se propose d'enlever les parties malades au moyen de l'anse galvano-caustique, et l'opération est pratiquée le 30 mai 1873, après qu'une dose d'huile de ricin avait été administrée la veille :

« La malade étant complétement anesthésiée, dans le décubitus dorsal, le bassin relevé et la vessie vidée, M. Bœckel applique un spéculum-gouttière et saisit le col avec des pinces de Museux. Il l'abaisse sans effort exagéré jusque vers le milieu du vagin et l'entoure d'une anse de platine qu'il pousse avec les index. Pour empêcher l'anse de glisser trop bas au moment de la constriction, il traverse le col de part en part avec une aiguille courbe, immédiatement au-dessous du fil, et ne la retire qu'au moment où le fil enfoncé dans les tissus ne peut plus glisser. Quand l'anse fut assez petite pour ne plus contenir qu'une faible quantité de tissus, elle cessa de couper, et on acheva la section par traction. Mais on remarque que le fil de platine enlève une petite languette de muqueuse sur le milieu de la paroi posté-

rieure du vagin, et qu'il donne lieu à un léger suintement sanguin, quoique l'opération ait marché jusque-là sans trace d'hémorrhagie. Toute la section a duré 3 1/2 minutes.

« M. Bœckel réintroduit alors le spéculum pour s'assurer de l'état de la plaie, quand il aperçoit dans l'éraillure faite au vagin une masse jaunâtre, qu'il reconnaît pour de l'épiploon, et qui augmente d'instant en instant sous l'influence des efforts de vomissements de la malade. Il s'empresse de réduire cette hernie et applique sur la fente qui lui a donné passage deux points de suture métalliques, au moyen de l'aiguille de Startin.

« Pendant cette manœuvre, le suintement sanguin s'est complétement arrêté, et l'on reporte la malade dans son lit sans autre pansement.

« L'examen de la tumeur montre que le col enlevé a le diamètre d'une pièce de cinq francs en argent, et une épaisseur de 2 à 3 centimètres. L'ulcération qu'on avait sentie au toucher, et qu'on croyait centrale, ne siége que sur la lèvre postérieure; l'altération ne s'étend pas jusqu'à la surface de section.

« 30 *mai*. — Après l'opération, la malade se réveille sans grande douleur, et n'a que deux vomissements chloroformiques. Temp. du soir, 37°,6.

« On lui prescrit une potion opiacée pour arrêter les mouvements péristaltiques, en raison de l'ouverture du péritoine.

« 31 *mai*. — Nuit bonne; pas de fièvre. Temp.: mat., 37°,7; soir, 37°,9. Alimentation avec du bouillon et du lait; quatre injections phéniquées par jour dans le vagin.

« 1^er^ *juin*. — Temp.: mat., 38°,5; soir, 39°,3. Mal-

gré le mouvement fébrile, il n'y a aucune douleur à la pression de l'épigastre. Le liquide injecté sort trouble, sans odeur, et contient des grumeaux grisâtres de l'escarre.

« 2 *juin*. — Temp. : 37°,6 et 38°.

« 3 *juin*. — Dans la nuit, la malade, qui est constipée depuis l'opération, ressent de fortes envies d'aller à la selle. On lui administre un lavement, qui ne produit pas d'effet, parce que la douleur l'empêche de pousser. Même le passage de gaz se fait sentir du côté de la plaie. On lui prescrit 30 grammes d'huile de ricin et des lavements d'eau tiède. Temp. : mat., 37°,5; soir, 38°,9.

« 4 *juin*. — Le purgatif a produit sept selles, qui ont un peu fatigué la malade. Le soir, on a donné de nouveau la potion opiacée. Temp. : 37°,5; soir, 37°,6. Aujourd'hui elle se sent bien et demande à manger.

« 6 *juin*. — La malade sent de nouveau le besoin d'aller à la selle; on prescrit un lavement de lait miellé, qui produit de l'effet avec de fortes douleurs rectales. La température reste normale.

« 7 *juin*. — Dans la journée, la malade se trouve bien; vers quatre heures du soir, elle a subitement une forte hémorrhagie, qu'on arrête par tamponnement du vagin avec du perchlorure de fer. La femme est très-pâle, le pouls filiforme; on administre des excitants (punch, vin chaud).

« *Le* 8 *et le* 9 *juin*, le tamponnement est renouvelé par précaution, avec du sulfite de soude phéniqué.

« 10 *juin*. — On se borne de nouveau aux injections; la température reste à peu près normale; le moral de la femme est bon, et elle se nourrit.

*Le 11 juin*, nouvelle hémorrhagie assez intense, qu'on arrête avec un tampon au perchlorure, et qui jette la malade dans un état anémique des plus prononcés. Cependant le moral reste bon, et les jours suivants la femme se relève vite. On continue à mettre tous les jours, après les injections, un tampon dans le vagin; tous les deux ou trois jours on donne des lavements ou un peu d'huile de ricin.

« *Le 19 juin*, on enlève les sutures métalliques.

« Le 26, la malade se lève pour la première fois; la suppuration du vagin est presque nulle. Il reste quelques bourgeons, qu'on touche à deux reprises. On prescrit le vin de quinquina et les ferrugineux, pour relever les forces.

« La femme quitte l'hôpital le 10 juillet, complétement remise de son opération.

« Dans le courant de l'année, elle se présente plusieurs fois en bonne santé et ayant de nouveau ses couleurs naturelles. Ses règles se montrent tous les mois pendant deux à trois jours, très-régulièrement et sans souffrance.

« *Le 6 juillet* 1874, elle revint à l'hôpital avec le teint pâle et la face exprimant la souffrance; elle se plaint depuis trois mois de douleurs de plus en plus intenses dans la hanche droite, irradiant le long du nerf sciatique. L'examen externe ne fait connaître aucune altération; au toucher, on trouve le fond du vagin lisse, souple. En poussant profondément le doigt vers l'articulation sacro-iliaque droite, on trouve une tumeur arrondie, très-dense, faisant corps avec l'os, à saillie brusque et douloureuse au toucher. On suppose qu'il s'est formé là une récidive éloignée qui est cause de la

sciatique, et l'on prescrit à la malade des pilules de morphine à titre de palliatif.

« Pendant plusieurs mois, les douleurs sciatiques persistèrent et allèrent même en augmentant; puis on perdit la malade de vue.

« *En juillet* 1875, elle entre à la maison des diaconesses, toujours pâle et faible, mais ne souffrant plus de sa sciatique et ne prenant plus d'opiacés. Par contre, elle a une diarrhée continuelle et des vomissements. Le foie, augmenté de volume, très-dur, sans bosselures toutefois, dépasse les fausses côtes; pas d'ictère. Au toucher, la tumeur iliaque a disparu; ce qui explique la disparition de la sciatique. Le fond du vagin est toujours lisse, sans aucune trace de récidive du côté de la matrice. Elle est probablement en train de se faire du côté du foie. Depuis un an, la malade n'a plus ses époques, qui se sont supprimées brusquement, sans autre symptôme. »

### OBSERVATION III

« Richarde Spettel, de Strasbourg, âgée de quarante-cinq ans, entre au service de chirurgie, salle 34, le 10 janvier 1874. C'est une femme d'une bonne constitution, mariée, mère de cinq enfants, qui ont tous succombé en bas âge. Depuis l'âge de dix-huit ans elle a ses époques régulièrement, la dernière fois il y a quinze jours. Elle n'a jamais fait de maladie jusqu'au mois de juin dernier, où elle a commencé à souffrir de flueurs blanches; ses règles sont aussi devenues plus abondantes. Depuis dix semaines, il s'y est joint des dou-

leurs lancinantes dans le nerf sciatique droit, irradiant jusque dans le pied. Point de douleur dans le ventre; urines normales; tendance à la constipation.

« Par le toucher vaginal, on constate que le col de la matrice est remplacé par une tumeur volumineuse en chou-fleur, dure, peu saignante. La largeur de cette tumeur indique que la dégénérescence a déjà dépassé le col et envahi circulairement le vagin, surtout du côté antérieur.

« L'utérus est mobile et semble intact; mais son corps est trop élevé pour qu'on puisse le sentir directement, même par le rectum, ou en combinant le toucher avec la palpation abdominale.

« M. Bœckel porte le diagnostic de carcinome du col et regarde l'amputation de cette partie comme la dernière ressource de la malade, quoiqu'il prévoie la possibilité de blesser le péritoine. Pour tâcher d'éviter cet accident, il se propose d'inciser circulairement la muqueuse vaginale autour de la tumeur pour pouvoir attirer le col et le sectionner plus haut.

« L'opération est pratiquée, après la préparation ordinaire, le 12 janvier 1874.

« La femme étant anesthésiée dans le décubitus dorsal et les jambes repliées, un spéculum de Herrgott est placé dans le vagin et fait voir la tumeur. A l'aide d'un fil de platine plié en forme de couteau galvano-caustique, on commence la section de la muqueuse vaginale; mais au bout de deux minutes, la pile, dont le liquide a déjà servi, cesse de rougir suffisamment le platine, et il faut renoncer à la division préalable de la muqueuse vaginale. La tumeur est alors saisie avec des pinces de Museux, attirée en bas, et entourée par l'anse galvano-

caustique. La section est nette et ne donne pas une goutte de sang. Quand le col est divisé aux quatre cinquièmes environ, l'anse n'agit plus, parce qu'elle est trop rétrécie ; on l'agrandit en interposant un morceau de liége entre le fil et le reste de la tumeur. Au moment de faire repasser le courant, la section s'achève brusquement et il coule du sang. On pousse d'abord avec le doigt un petit tampon de perchlorure sur le moignon du col ; puis, voyant que l'hémorrhagie continue, on réintroduit le spéculum de Herrgott, qui avait été retiré dès le début de l'opération. Par ces manœuvres, les surfaces de section agglutinées par l'anse galvano-caustique se désunissent et l'on constate, dans le cul-de-sac vaginal postérieur, une ouverture de 2 à 2 1/2 centimètres, qui comprend le péritoine. L'épiploon fait hernie dans le vagin, et au-dessous on aperçoit des anses intestinales. De plus, le col, qui a été coupé très-haut et qui continue à saigner un peu, ne tient plus au vagin et retombe dans le péritoine, où il a de la tendance à disparaître ; on s'empresse de l'attirer et de le fixer avec un tenaculum ; puis on débarrasse le péritoine des caillots qui y ont pénétré et on ferme l'ouverture péritonéo-vaginale avec deux points de suture métalliques ; deux autres points de suture retiennent le moignon de l'utérus au niveau de la muqueuse du vagin.

« L'hémorrhagie s'est arrêtée spontanément pendant ce temps ; on place néanmoins une boulette de ouate perchlorurée sur le moignon ; et puis la malade est transportée sur son lit. On prescrit une vessie de glace sur le ventre, glace à l'intérieur, injections sous-cutanées de morphine.

« Dès le même jour, des signes de péritonite se mani-

festent; le lendemain, le ventre est gonflé, douloureux, tendu, les vomissements très-rapprochés; le pouls est petit, très-fréquent; la température à 39° et 39°,9. Un liquide fétide coule par le vagin, malgré des injections répétées.

« Le 14 janvier, à 1 heure de l'après-midi, la malade succombe.

«*Autopsie.* — Le péritoine est rempli d'un liquide purulent, surtout abondant dans sa moitié inférieure; mais on trouve une couche de pus fibrineux, coagulé, jusque sur le foie et le diaphragme. Autour de l'S iliaque on rencontre des caillots de sang, provenant certainement de l'opération. L'excavation recto-utérine est remplie de pus et de débris de caillots; elle communique par une large ouverture avec le haut du vagin. Le col de l'utérus a été coupé à son point de jonction avec le corps; la surface de section est grisâtre et affleure le fond du repli vésico-utérin; le corps de l'utérus qui reste est assez volumineux, mais paraît exempt de dégénérescence. »

Chez ces deux malades, l'ouverture du péritoine a eu lieu pendant le dernier temps de l'opération, au moment de le terminer par traction sur l'anse galvano-caustique. Nous avons vu celle-ci arracher comme une petite bandelette mince de la paroi postérieure du vagin et en même temps donner lieu à de l'hémorrhagie. De là, la nécessité d'introduire dans le vagin un spéculum qui peut produire une ouverture qui n'existe pas, agrandir celle qui existe et désunir les lèvres agglutinées par l'escarre et qui auraient peut-être été soudées définitivement par des adhérences péritonéales. Pour éviter cet accident, M. Bœckel conseille de n'introduire des instruments dans le vagin qu'en cas d'absolue nécessité et de ne tampon-

ner qu'en cas d'hémorrhagie grave. Un léger suintement sanguin, tel qu'il peut se produire après une section galvano-caustique régulière, s'arrêtera tout seul ou à la suite de quelques injections fraîches.

« Si l'étendue des parties à enlever fait craindre l'ouverture du péritoine, le chirurgien, dit M. Bœckel, pratiquera délicatement le toucher après l'opération, pour s'assurer de la réalité du fait. Dans ce cas, il est prudent d'appliquer un ou deux points de suture dans le vagin pour empêcher l'irruption des intestins ; l'instrument le plus commode à cet effet est une aiguille tubulée à double courbure, telle qu'on la trouve dans les boîtes de Mathieu, et qui permet d'embrocher de droite à gauche les deux bords de la solution de continuité. Il faudra ensuite les plus grands soins de propreté pour empêcher les liquides septiques de pénétrer dans le péritoine. De cette façon on a sauvé au moins une malade sur les deux. »

A côté de ces deux observations, que M. Bœckel se propose, du reste, de publier prochainement avec toutes les réflexions qu'elles comportent, nous pourrions citer un autre cas qui s'est présenté au même chirurgien il y a deux ans, et publié dans son *Traité de la galvano-caustie thermique*. Après avoir enlevé, chez une femme, la cloison recto-vaginale envahie par le carcinome, jusqu'à une distance de 2 à 3 centimètres, il remarqua, un peu plus tard, qu'une partie de la tumeur n'avait pas été extirpée. Il applique de nouveau l'anse galvano-caustique, divise la cloison recto-vaginale au ras du col et atteint presque le fond du cul-de-sac vaginal à gauche. La femme guérit, et on ne remarqua pas d'ouverture dans le péritoine ; néanmoins, si nous

nous en rapportons aux données anatomiques qui précèdent, nous sommes obligé d'en conclure que le cul-de-sac péritonéal a été atteint, mais que l'escarre produite par l'anse galvano-caustique a suffi pour agglutiner les bords de la plaie, pour empêcher, de cette façon, la procidence des intestins.

### 2° DE LEURS CONSÉQUENCES.

Après avoir examiné les lésions du péritoine au point de vue de leur fréquence, il nous a paru intéressant de rechercher ce que les chirurgiens ont pensé de leur gravité et de leurs conséquences. Or nous avons constaté que jusque dans ces derniers temps, où quelques voix autorisées ont osé s'élever contre les craintes exagérées des plaies du péritoine, tous les chirurgiens qui ont pratiqué l'extirpation du carcinome rectal se sont strictement tenus aux conditions exigées par Lisfranc. La crainte de léser le péritoine ou les organes voisins les guide dans leur pratique, et dans leurs traités ils recommandent la même ligne de conduite. Ainsi Velpeau dit : « Il faut opérer lorsque le cancer peut être librement dépassé par le doigt, qu'il est borné aux parois de l'intestin, ou du moins qu'il conserve une certaine mobilité; mais il faut renoncer à l'opération, toutes les fois que les adhérences avec le vagin, la vessie ou la prostate sont trop intimes [1]. » Un peu plus tard, Dieffenbach reproduit à peu près les mêmes idées. Chassaignac exprime très-nettement son opinion sur les lésions du péritoine, et blâme avec sévérité le chirurgien qui ose entreprendre une opération qui

[1] Traité de médecine opératoire.

nécessite l'ouverture du cul-de-sac péritonéal. « Parfois il arrive, dit-il, que des actes marqués au coin de la plus étrange déraison n'amènent pas des conséquences aussi graves qu'on l'aurait pu penser, et sont même exceptionnellement suivis de résultats heureux. Doit-on, pour cela, abandonner les conseils de la sagesse et de la raison pratique? Nous posons donc, comme une contre-indication absolue à l'ablation du cancer du rectum, la nécessité où le chirurgien se trouverait d'ouvrir le péritoine, ou de faire subir une perte de substance quelque peu considérable aux parois de la vessie. Dès lors, nous déclarons inaccessible aux ressources du chirurgien tout cancer du rectum qui n'est pas limité au-dessous du cul-de-sac péritonéal, aussi bien que tout cancer du même organe qui envahit les parois de la vessie[1]. » Gunther dit : « L'extirpation du rectum induré peut être faite : 1° lorsque l'affection ne s'étend pas plus haut que ce qu'on peut atteindre avec l'index. Les raisons qui forcent de limiter là les opérations proviennent de l'impossibilité où l'on se trouverait, dans le cas contraire, de reconnaître jusqu'où s'étend la tumeur, et du danger de blesser le péritoine. 2° Il faut considérer l'opération comme contre-indiquée quand les organes voisins sont aussi intéressés[2]. » Bardeleben s'en tient aux conditions de Lisfranc; parmi les dangers consécutifs à l'opération, il cite d'abord les hémorrhagies, et, en second lieu, les lésions du péritoine. Ces lésions, dit-il, sont d'autant plus à craindre, qu'on est obligé de remonter plus haut dans l'intestin;

[1] Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales.

[2] Lehre von den blutigen Operationen an dem menschlichen Körper, IV. Abtheil.

toutefois une lésion du péritoine n'est pas nécessaire pour produire une péritonite; il suffit que l'opération se soit étendue jusqu'auprès du péritoine. Enfin, dans les ouvrages les plus récents, nous trouvons, par exemple, Sédillot reproduire à peu près les mêmes opinions que les chirurgiens que nous venons de citer, et Esmarck, dans son article sur les tumeurs du rectum, dans l'ouvrage publié par Billroth et Pitha, dit qu'il faut renoncer à l'opération toutes les fois qu'on ne peut atteindre l'extrémité de la tumeur avec l'index; autrement on risquerait de léser le péritoine, et cet accident est presque toujours suivi de mort.

Mais il est facile de voir qu'en agissant ainsi, le chirurgien a été obligé de rester souvent inactif en présence d'un grand nombre de malades, et de les abandonner à leurs souffrances, auxquelles une mort plus ou moins prochaine venait seule mettre un terme. Aussi, quelques chirurgiens plus hardis ont-ils étendu les limites fixées par Lisfranc à l'opération. Déjà Schuh[1] ne considérait plus l'invasion de la paroi recto-vaginale par la tumeur comme une contre-indication à l'opération, et il recommandait de l'extirper, soit en formant une fistule qu'il opérait plus tard, soit en enlevant toute la cloison et en créant ainsi un véritable cloaque. D'autres chirurgiens, tels que Simon[2] et Nussbaum[3], allèrent plus loin encore et enlevèrent des tumeurs avec des portions de la prostate et de la vessie. Enfin nous avons vu M. Bœckel enlever la cloison recto-vaginale dans toute sa longueur, et sans doute aussi une portion du péritoine. Ces opérations furent suivies de succès.

[1] Wiener med. Wochenschrift, 1861.
[2] Simon, Deutsche Klinik, 1866.
[3] Nussbaum, Bayer. Intell. Bl., 1863.

Dans l'amputation du col de l'utérus, nous voyons encore les chirurgiens éviter avec soin le péritoine. Mais tandis que quelques-uns d'entre eux, qui condamnaient cette opération, trouvaient dans la présence de cette membrane et la possibilité de la blesser un de leurs principaux arguments, nous voyons au contraire les défenseurs de cette même opération attacher une importance beaucoup moins considérable aux lésions du péritoine. Aujourd'hui cependant nous voyons la plupart des chirurgiens recommander d'éviter l'opération lorsque la tumeur remonte au delà des insertions vaginales, et surtout lorsque celles-ci sont elles-mêmes envahies.

Après avoir reproduit l'opinion d'un certain nombre de chirurgiens sur les plaies du péritoine, nous allons essayer de déterminer la véritable importance qu'il faut leur attribuer aujourd'hui. — Si nous voulions nous en rapporter uniquement aux observations que nous avons sous les yeux, il nous serait assez difficile de comprendre comment ces lésions aient pu inspirer tant de crainte aux chirurgiens. Nous constatons, en effet, que deux de nos malades sur trois ont guéri, et que, parmi les cas rapportés dans la littérature, la majorité des malades a échappé au danger; et bien qu'un certain nombre d'entre eux soient morts à la suite de la lésion du péritoine, il faut cependant considérer les résultats comme très-satisfaisants, surtout si l'on songe à la gravité de l'affection qui a motivé l'opération. N'oublions pas toutefois que nous ne devons pas nous appuyer d'une façon trop exclusive sur les quelques cas que nous avons recueillis dans la littérature, pour en tirer des conclusions; car il y a toujours lieu d'admettre qu'un certain nombre de cas moins favorables soient restés ignorés.

Mais si les plaies du péritoine ont inspiré, il y a quelques années encore, une frayeur aussi considérable à la plupart des chirurgiens, nous savons qu'aujourd'hui les idées se sont notablement modifiées à leur égard. C'est que le traitement et les soins consécutifs qu'exigeaient ces plaies n'étaient pas compris et appréciés aussi justement que de nos jours, et les conséquences funestes de ces lésions expliquent parfaitement la répugnance qu'éprouvaient les chirurgiens à attaquer la séreuse abdominale. Aujourd'hui, au contraire, nous en voyons qui, loin de redouter les plaies qui peuvent se produire accidentellement, ouvrent à dessein la séreuse dans le cul-de-sac recto-vaginal, dans un but curatif, pour combattre la péritonite suppurée qu'on observe souvent à la suite de l'ovariotomie. Peaslee, de New-York, considérant que la majeure partie des insuccès qu'il avait eus dans les ovariotomies étaient dus à la résorption d'agents septiques, proposa et pratiqua le drainage de la cavité abdominale. A l'aide d'un trocart, il pratiqua une ouverture dans le fond de l'espace de Douglas, à travers la paroi vaginale, et plaça un tube à drainage, communiquant au dehors, d'une part dans la plaie abdominale, et d'autre part dans le vagin. Il voulait donner ainsi une issue aux matières septicémiques qui pouvaient se ramasser dans le fond de la cavité abdominale.

Bien plus, pour arrêter la formation de ces matières, il injecta par le tube à drainage des liquides antiseptiques et obtint les résultats les plus encourageants. Spencer Wells, de Londres, qui avait perdu 37 de ses malades chez lesquelles il avait pratiqué l'ovariotomie, et dont 24 étaient mortes de septicémie, adopta les idées de son collègue de New-York et obtint les mêmes suc-

cès. Enfin Sims et Nussbaum obtinrent par ce traitement des résultats tellement satisfaisants, qu'ils pratiquèrent le drainage, non-seulement dans les cas où la résorption putride était à craindre, mais placèrent prophylactiquement des tubes dans toutes les ovariotomies qu'ils furent appelés à faire.

Mais si ces ouvertures, pratiquées à dessein dans le fond de l'espace de Douglas, ne présentent pas de gravité, il faut admettre aussi que celles qui surviennent accidentellement n'en présentent guère davantage, si elles sont traitées et surveillées avec les mêmes soins.

Si nous voulons donc nous rappeler qu'à côté de l'hémorrhagie, ces lésions du péritoine ont été de tout temps les accidents les plus redoutés par les chirurgiens qui ont pratiqué l'extirpation du rectum et du col de l'utérus, nous pouvons affirmer aujourd'hui que les dangers qui en résultent ont été exagérés. Sans nous dissimuler que, dans certains cas, ces lésions peuvent provoquer des péritonites mortelles, nous croyons cependant que la possibilité et même la probabilité de les voir survenir ne doivent aucunement arrêter le chirurgien, destiné presque toujours à arracher le malade à une mort le plus souvent très-rapprochée.

Nous irons même plus loin : considérant, en effet, qu'une grande partie des malades qui ont succombé à la suite de ces opérations sont morts de péritonite, sans que l'on ait pu constater sur le vivant une lésion de la séreuse, nous croyons qu'il est préférable d'avoir une plaie suffisamment grande pour qu'elle ne puisse pas échapper aux yeux de l'opérateur, plutôt qu'une ouverture plus petite qui reste ignorée. Car, lorsque cette lésion est reconnue, le chirurgien peut appliquer tous

ses soins à nettoyer la plaie et empêcher de cette façon la décomposition et l'absorption du sang qui ne manque jamais de pénétrer dans la cavité péritonéale et de souiller les intestins.

# CONCLUSION.

Pour résumer notre travail, nous dirons que les lésions involontaires du péritoine, dans les opérations du carcinome du rectum et de la portion vaginale, sont des accidents qui arrivent presque fatalement à tout chirurgien appelé à opérer fréquemment dans ces régions. Si ces lésions avaient besoin d'être justifiées, il suffirait de se rappeler les variations considérables qu'on rencontre dans les rapports du péritoine avec le rectum et les organes génitaux. Ajoutons à cela la profondeur à laquelle se trouvent les organes sur lesquels le chirurgien est obligé d'opérer, l'impossibilité absolue dans laquelle il se trouve de reconnaître le niveau auquel il rencontre le péritoine, enfin la difficulté de déterminer exactement les limites du mal, et nous verrons s'il y a lieu de s'étonner que ces accidents n'arrivent pas plus fréquemment.

D'ailleurs ces lésions présentent certainement une gravité moins grande que celle qu'on leur attribue d'habitude ; nous avons rapporté les trois seuls cas dans lesquels il nous a été donné d'observer des lésions accidentelles du péritoine, et nous en avons vu guérir deux. Aussi, nous appuyant sur les résultats heureux que nous avons vu obtenir à l'hôpital de Strasbourg, ainsi que sur ceux que d'autres chirurgiens avaient

obtenus, nous croyons que l'opérateur, en présence d'un de ces cas malheureusemement trop fréquents où les malades ne viennent chercher les secours de l'art qu'au moment où ils sentent leur vie en danger, est souvent encore appelé à rendre des services éminents. Loin de s'en tenir aux étroites limites qui ont été fixées à l'opération par la plupart des chirurgiens, il doit oser l'entreprendre plus hardiment, et lorsque l'opération est décidée, il doit toujours, autant que possible, opérer au milieu des tissus sains, au risque même de léser le péritoine ou les organes voisins. Sans doute, ces lésions sont toujours désagréables. Mais il faut se rappeler qu'il suffit qu'une faible portion de la tumeur soit restée en place pour provoquer une prompte récidive et rendre l'opération inutile. D'un autre côté, si nous songeons dans quel état se présentent la majeure partie des malheureux atteints de carcinome, tombés dans un profond marasme, souffrant, tantôt d'une constipation qui menace leur vie, tantôt de diarrhées ou de pertes de sang qui les épuisent, l'existence possible, après l'extirpation d'une fistule, ne peut certainement pas entrer en ligne de compte avec la nécessité de prolonger la vie du malade ; et quoique les statistiques aient prouvé depuis longtemps que les récidives finissent généralement par emporter le malade au bout d'un certain temps, nous devons aussi nous rappeler que le plus souvent, après l'opération, on voit les malades reprendre bonne mine, des forces et du courage, et cesser de souffrir au moins pour quelque temps.

Typographie de G. Fischbach, à Strasbourg. — 2196